In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful



Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







Service de Gynécologie et Obstétrique Omar Boudjellab
Chef de service : Pr T. DJENAOUI

LES INFECTIONS GENITALES HAUTES

Les infections génitales hautes sont dues à la propagation de microbes par voie ascendante, c'est-a-dire à partir du vagin et du col atteignant

- **la cavité utérine (endométrite),**
- **puis les trompes (salpingite) et éventuellement**
- **l'ensemble de la sphère pelvienne**

Les problèmes posés par ce type d'infection sont :
-la difficulté du diagnostic ;
-le passage à la chronicité ;
-les séquelles :

- **causes de stérilité,**
- **de douleurs pelviennes et**
- **de grossesses extra-utérines.**

Les germes responsables

Les germes en cause sont dans l'immense majorité des cas des germes sexuellement transmissibles.IST

1. Les germes sexuellement transmissibles

-Chlamydia trachomatis
Il représente de loin la cause la plus fréquente de salpingite.

Le risque de développer une IGH à partir d'une chlamydiose urogénitale basse serait de l'ordre de 20%.

Chlamydia peut être responsable de séquelles tubaires majeures et irréversibles.

Les lésions induites au niveau des trompes ne sont pas dues à sa virulence directe mais à des réactions immunitaires déclenchées par l'infection et qui ensuite évoluent pour leur propre compte même si une antibiothérapie efficace a, dans l'intervalle, éradiqué le Chlamydia.

-Le gonocoque

Il représente moins de 5% des cas, mais sa présence serait en recrudescence et il devient de plus en plus résistant aux antibiotiques.

il est souvent associé au CT

-Les mycoplasmes :

Mycoplasma hominis, Ureoplasma urealyticum

ils sont la plupart du temps des commensaux des voies génitales et leur rôle pathogène au niveau de l'appareil génital supérieur n'a jamais été formellement établi.

Certains travaux suggèrent qu'ils ont un pouvoir pathogène facultatif qui ne s'exprimerait qu'en présence d'autres pathogènes dansl'appareil génital.

Mycoplasma genitalium, en revanche, n'est jamaisprésent à l'état commensal dans la flore vaginale et doit être considéré comme pathogène. Son rôle comme pathogène dans les infections génitales hautes est à présent reconnu.

2. -Cas particulier de la vaginose bactérienne

La vaginose bactérienne, parfois appelée improprement « vaginite à Gardnerella »

Elle n'est pas une infection génitale mais correspond à un déséquilibre de la flore vaginale aux dépens des lactobacilles qui en sont habituellement l'espèce bactérienne majoritaire.

En lieu et place de ceux-ci prolifèrent de nombreuses espèces bactériennes, essentiellement des anaérobies, mais aussi d'autres microorganismes comme Gardnerella vaginalis et M. hominis.

La vaginose a longtemps été considérée comme favorisant la survenue d'une infection génitale haute, mais cette notion est à présent tout a fait remise en cause.

3. Les germes issus de la flore génitale commensale

Vagin et l'exocol sont physiologiquement le siège d'un portage bactérien riche et varié.

Portage vaginal n'est pas synonyme d'infection d'où l'intérêt très limité des prélèvements vaginaux en cas de suspicion d'infection haute.

En revanche, endocol et cavité utérine sont normalement stériles : tout microorganisme isolé au niveau de l'appareil génital supérieur est à considérer comme pathogène.

La plupart des commensaux vaginaux peuvent être à l'origine d'une infection ascendante mais seulement dans certaines circonstances :

- **infection sexuellement transmissible concomitante ;**
- **diminution de l'immunité locale**
- **ou infestation massive ou lors d'un geste technique endo-utérin (hystérographie ou hystéroscopie, aspiration ou curetage, pose de stérilet, inséminations intra-utérines...). Dans ce dernier cas, on peut observer des tableaux cliniques sévères, surtout si le geste endo-utérin n'a fait que réactiver une infection pelvienne latente.**

Le diagnostic clinique

Il n'existe pas de critères cliniques formels permettant de diagnostiquer une infection génitale haute.

Les signes cliniques (signes fonctionnels et données de l'examen) sont souvent peu caractéristiques et malheureusement souvent totalement asymptomatiques.

Parfois l'infection se manifeste par des

- **douleurs,**
- **leucorrhées,**
- **métrorragies,**

Tous ces signes sont très fréquents en gynécologie sans pour autant correspondre la plupart du temps à une infection pelvienne.
L'examen clinique peut montrer une cervicite, une glaire louche.

Le toucher vaginal peut montrer des douleurs à la mobilisation de l'utérus ou au niveau des cul-de-sac.

La fièvre est rare en cas d'infection non compliquée. Supérieure à 38,5 8C, elle doit faire rechercher une forme compliquée (abcès pelvien, péritonite) ou une infection extra génitale.

Les examens complémentaires

Les prélèvements bactériologiques.

Seuls doivent être recherchés : Chlamydia, Gonocoque, et Mycoplsama genitalium.

La recherche des autres germes ne présente aucun intérêt.
La prise de sang est souvent normale sauf en cas de complication à type d'abcès.
La recherche des anticorps spécifiques anti-chlamydia de type IgG n'a que peu d'intérêt dans le diagnostic et ne remplace pas les prélèvements cervicaux.
L'étude sérologique des autres maladies sexuellement transmissibles (VIH, hépatites. . .) est à discuter en fonction du contexte.

L'échographie pelvienne

Elle est utile pour éliminer une autre pathologie ou chercher une complication à type d'abcès pelvien.

En revanche, le diagnostic positif d'IGH par l'échographie, même couplée au Doppler, est difficile et aléatoire.

La coelioscopie

Elle reste le meilleur examen pour confirmer – ou infirmer – le diagnostic d'infection génitale haute à condition qu'il existe une inflammation tubaire macroscopique. Elle permet d'exclure 30 à 40 % de faux-positifs cliniques et qu'à l'inverse, elle diagnostique plus de la moitié des cas d'IGH passés cliniquement inaperçus. Elle permet de visualiser directement les lésions pelviennes

- **formes catarrhales, où l'œdème tubaire et l'inflammation pelvienne dominent,**
- **formes adhésives et, plus graves,**
- **suppurées et**
- **les éventuelles adhérences hépato diaphragmatiques traduisant un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.**

Compte tenu de l'absence de corrélation entre l'intensité des signes cliniques et l'importance des lésions tubo pelviennes, la coelioscopie permet de préciser la sévérité des lésions.

Elle permet aussi de faire des prélèvements bactériologiques dans le Douglas .

Evolution

Un traitement bien conduit permet généralement d'éviter la survenue de complications aiguës et d'obtenir la guérison mais le risque de séquelles tubo pelviennes, induites par les phénomènes immuno-inflammatoires , n'est pas éliminé. De telles séquelles peuvent à leur tour, être à l'origine de conséquences : stérilité, GEU, douleurs chroniques.

Des complications aigues sont possibles.

Elles ne sont pas exceptionnelles. Elles peuvent constituer le mode de révélation de l'infection utéro-annexielle. Ce sont :

- **Les abcès pelviens, pyosalpinx notamment (=abcès de la trompe).-L'abcès ovarien, moins fréquent.**
- **-Les cellulites pelviennes à streptocoque du groupe A sont un cas particulier. Redoutable toxi-infection dont la porte d'entrée peut être génitale par voie ascendante notamment dans le post-partum, ou plus fréquemment au niveau d'un site chirurgical. . Le traitement repose sur une antibiothérapie la plus précoce possible, une réanimation générale et de larges débridements chirurgicaux (avec ou sans hystérectomie) si**

nécessaire. Le pronostic reste néanmoins sombre avec un risque de décès malgré l'antibiothérapie.

- **-La pelvipéritonite constitue l'autre complication aiguë relativement fréquente. La difficulté est parfois d'affirmer l'origine génitale de la péritonite, notamment si la patiente n'a pas été préalablement appendicectomisée. Le scanner abdominopelvien constitue le meilleur examen pour confirmer le diagnostic et surtout éliminer une origine extra génitale à la péritonite. Sa réalisation systématique est nécessaire avant toute décision de traitement médical : au moindre doute quant à l'origine de l'infection, une exploration chirurgicale doit être réalisée sans délai, alors que le traitement de la pelvipéritonite génitale consiste essentiellement en une antibiothérapie.**
- **-La thrombophlébite pelvienne :rare, elle se définit comme la thrombose des veines péri utérines ou iliaques compliquant une infection pelvienne d'origine génitale.**

Le passage à la chronicité

La fréquence des infections chroniques est inconnue. La symptomatologie est généralement absente.

Les prélèvements bactériologiques négatifs et le diagnostic est établi par la coelioscopie, souvent réalisée dans le cadre d'un bilan d'infertilité.

Le risque est alors de voir se constituer des lésions séquellaires elles-mêmes causes de douleurs pelviennes chroniques de grossesses extra-utérines et de stérilité.
Les lésions pelviennes séquellaires peuvent être discrètes, limitées à une destruction de la muqueuse tubaire, difficiles à objectiver par les explorations habituelles.

Orientations thérapeutiques

Le traitement des infections génitales hautes non compliquées repose sur une antibiothérapie à large spectre dispensée par voie orale en ambulatoire.

La durée habituelle du traitement est de 14 jours.
Les autres mesures thérapeutiques associées sont:
-Les anti-inflammatoires.
-Le traitement coeliochirurgical des lésions pelviennes.

Le traitement précoce des lésions tubo pelviennes n'est plus guère pratiqué et consiste essentiellement en une adhésiolyse douce, la plus a traumatique possible, associée à un abondant lavage au sérum physiologique chaud.
Le traitement du ou des partenaires, systématique en cas d'infection à germe sexuellement transmissible.

Concernant les formes compliquées, l'hospitalisation est initialement alors nécessaire, la prise en charge consistant en une antibiothérapie parentérale souvent complétée par un geste chirurgical.

Sur: www.la-faculte.net Espace E-learning pour apprentissage gratuit online Pour utilisation Non-lucrative

facadm16@gmail.com Participez à "Q&R rapide" pour mieux préparer vos examens 2017/2018